**問　診　表**

**年　　月　　日　記入**

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

現住所：　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：

ご職業：　　　　　　　　　　　　　　　　年齢：　　　　歳

①ご来院の理由をお書きください

②ご病気があれば教えてください　※お薬手帳があれば必ずご提示ください

□高血圧（□　降圧剤服用中）（普段の血圧　　　/　　　mmHg）

□血液サラサラのお薬（主病名：　　　　　　　）□骨粗しょう症　□糖尿病（HbA1c %）

③アレルギー

□なし　□あり（薬剤アレルギー：　　　　　　　　　　　、食品アレルギー：　　　　　　　　）

④麻酔で気分が悪くなったことなど、不安なことはありますか？

□なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑤現在の健康状態は？

□良好　□普通　□悪い　　※女性の方のみ　□妊娠中（　　か月）　□授乳中

⑥治療のご希望について教えてください（複数回答可）

□先生のお勧めする治療方針の治療が受けたい

□将来にわたって健康でいられるための最善の治療を受けたい

□歯を白くしたい

□銀歯が嫌だ

□歯の予防について教えてほしい

□特殊な入れ歯で自分の歯のようにおいしく食事をしたい

□材料と治療方法ごとの料金の違いを説明してほしい

□虫歯や歯周病になりやすいか調べたい

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

⑦その他、気になることやご希望をご記入ください

例）小さい子供がいるので子守をお願いしたい